

## *Verschillen in verloskundig handelen van huisartsen\**

Bij een partus spelen gewoonlijk tenminste de volgende drie personen een rol: de moeder, het kind en de verloskundige, in dit geval de huisarts. Buitengewoon belangrijk, maar vrijwel geheel passief is de hoofdpersoon: het kind. Het wacht af wat er gaat gebeuren en hoe de buitenwereld er uit zal zien. De moeder, zeer intensief bij het gebeuren betrokken, lijkt zeer actief, maar tegelijkertijd ondergaat zij de partus. Zij moest afwachten wanneer deze zou beginnen en nu wacht zij telkens weer af wanneer de volgende wee zal optreden. Tenslotte de medicus. Zijn rol is, naar wij mogen veronderstellen, in de eerste plaats afhankelijk van de aard van het geval: déze partus. Bij sommige bevallingen is zijn rol bijzonder onbelangrijk. Wij denken bijvoorbeeld aan de situatie waarbij het kind eerder dan zijn dokter de kraamkamer van binnen aanschouwt en luidkeels van zijn aanwezigheid blijk geeft, terwijl de medicus met haastige spoed de trap opklimt. Een enkele maal zal de medicus zeer nuttig werk kunnen doen door actief op te treden. Vaak echter zal zijn belangrijkste bijdrage bestaan in niets doen en afwachten. Soms ook is zijn aanwezigheid als zodanig reeds zeer belangrijk.

De rol, welke de medicus speelt, zijn verloskundig gedrag, is echter niet uitsluitend afhankelijk van „het geval”, maar ook, en zelfs in sterke mate, van zijn instelling ten opzichte van de verloskunde, zijn methode van werken, zijn karakter; misschien mag men zeggen: zijn verloskundig karakter. Tussen de artsen onderling blijken namelijk vrij aanzienlijke verschillen in verloskundig handelen te bestaan.

De gedachte lag voor de hand dat deze verschillen vooral zouden samenhangen met de aard van de opleiding welke de verschillende huisartsen hebben genoten. Zo kan men veronderstellen, dat het veel verschil maakt of de medicus is opgeleid in bijvoorbeeld de als actief bekend staande oude Leidse school van Van der Hoeven, of in de conservatief genoemde school van De Snoo in Utrecht. Wij hebben echter de vrij stellige indruk gekregen dat deze veronderstelling onjuist is. Zo kan niet worden gezegd dat artsen, afkomstig uit een meer actieve school, vaker weeënbevorderende middelen toedienen, vaker de partus kunstmatig inleiden en vaker de bevalling als kunstverlossing beëindigen dan de artsen, opgeleid door een hoogleraar, die een meer afwachtende houding propageerde, en omgekeerd.

Naar het schijnt zijn er andere, belangrijker factoren, die invloed uitoefenen op het verloskundig

gedragspatroon van de huisartsen. Wij hebben met betrekking tot een aantal verloskundige handelingen drie factoren onderzocht. In verschillende artikelen, welke onze werkgroep reeds in „huisarts en wetenschap” publiceerde, kwamen deze telkens naar voren. In het thans verschijnende, laatste artikel willen wij trachten het geheel aan de hand van een aantal grafieken overzichtelijk weer te geven. Het gaat om de volgende drie kwaliteiten, respectievelijk kenmerken.

*De woonplaats van de arts.* Wij verdeelden de medewerkers in stads- en plattelandsartsen. „Platteland” betekent in dit geval, dat de medicus zes of meer km verwijderd woont van de dichtstbijzijnde kliniek.

*De leeftijd van de arts.* Deze leeftijd werd gemeten naar het aantal jaren dat verliep sinds de arts afstudeerde.

*De praktijkgrootte.* De medewerkers werden verdeeld in groepen op basis van de verloskundige praktijkgrootte. Hierbij werd onderscheid gemaakt naar het aantal bevallingen per jaar: minder dan 30, 30 tot 59 en 60 of meer.

De wijze van werken van stadsartsen werd telkens vergeleken met die van plattelandsartsen. Evenzo werd de werkwijze vergeleken naar het aantal jaren sedert de arts afstudeerde en naar de verloskundige praktijkgrootte. Het gaat in dit verband dus niet over verschillen tussen de individuele artsen onderling. Deze kunnen zeer groot zijn. Zo hebben wij reeds eerder meegedeeld dat onder de deelnemers, die meer dan honderd bevallingen leidden, het percentage gevallen, waarbij zij Piton toedienden, uiteenliep van 2 procent bij de meest „conservatieve” tot 67 procent bij de meest „actieve” collega. Het zal duidelijk zijn dat bij indeling van de artsen in groepen, verschillen tussen individuele artsen worden genivelleerd. Bij deze indeling mogen wij derhalve geen zeer grote verschillen tussen de groepen verwachten.

De uitkomsten zijn in een aantal grafieken vastgelegd. In de verschillende artikelen, die reeds in „huisarts en wetenschap” verschenen, is gewoonlijk dieper ingegaan op de statistische betekenis van de gevonden verschillen. Dit zal nu worden nagelaten. Het is thans in de eerste plaats de bedoeling om een globale indruk te geven met zo min mogelijk gebruik van cijfers. De gevonden verschillen bleken steeds gelijklopend voor primiparae en multiparae. Duidelijkheidshalve hebben wij daarom in de grafieken de beide pariteitsgroepen tezamen gevoegd. Bij de interpretatie van de grafieken dient derhalve te worden bedacht, dat de aangetoonde verschillen afhankelijk zijn van de omvang van elk der beide pariteitsgroepen en van de mate, waarin het onderzochte verschijn-

\* Onderzoek met statistische medewerking van de afdeling Statistiek van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde en financiële steun van de Gezondheidsorganisatie T.N.O.

sel zich in elk van beide groepen voordoet.

Niet altijd was het eenvoudig om enige zekerheid te verkrijgen met betrekking tot de vraag of aan bepaalde verschillen werkelijke waarde mocht worden toegekend, ook al waren deze verschillen significant. Wij moesten namelijk bedacht zijn op het bestaan van zogenaamde intercorrelaties. Ter verduidelijking moge het volgende voorbeeld dienen. Het blijkt, dat de jonge artsen onder onze deelnemers vooral in de steden woonachtig waren. Indien nu jonge artsen zich in een bepaald opzicht actiever gedragen dan de oudere artsen, dan kan tevens de indruk worden gewekt, dat stadsartsen actiever zijn dan plattelandsartsen, aangezien deze actieve jonge artsen nu eenmaal vooral in de steden woonachtig zijn. Zo kan een schijneffect ontstaan. In dit artikel tonen wij uitsluitend die grafieken, die naar onze mening een reëel verschijnsel weergeven. In een enkel geval, waarbij dit niet zo was of waarbij twijfel bestond, wordt dit afzonderlijk vermeld.

De factor „woonplaats” is uitvoeriger onderzocht dan de factor „leeftijd van de arts” en deze laatste weer uitvoeriger dan de factor „verloskundige praktijkgrootte”. De invloed van de factor „woonplaats” wordt gedemonstreerd in de *figuren 1a-1n*. Steeds blijkt de stadsarts „actiever” dan zijn collega van het platteland. In de stad begint het perinatale onderzoek vroeger, de rhesusfactor is er vaker bekend, bevallingen worden vaker kunstmatig ingeleid, het inwendige onderzoek blijft minder vaak achterwege, de vliezen worden vaker kunstmatig gebroken bij een onvolkomen ontsluitingsgraad, enzovoort. De frequentie van forcipale extracties is in de stad niet aantoonbaar hoger dan op het platteland. Zoals te verwachten was, hanteert de plattelandsarts de forceps vaker eigenhandig dan zijn collega in de stad. Keizersneden worden in de stad wat vaker toegepast dan ten plattelande, maar dit verschil is juist niet significant.

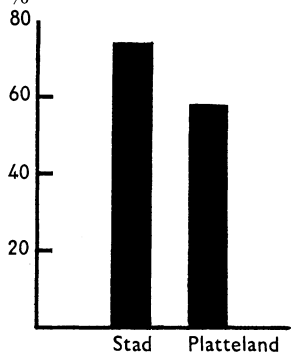
Met betrekking tot het eerste prenatale onderzoek en het al of niet bekend zijn van de rhesusfactor (*figuren 1a en 1b*) dient men bedacht te zijn op de mogelijkheid van intercorrelatie (zie boven). Het is in principe mogelijk, dat wij hier in werkelijkheid met een leeftijdseffect te maken hebben. Dit is echter niet onderzocht.

Opmerkelijk is (*figuren 1f en 1g*), dat in de stad meer episiotomieën worden verricht, maar dat ook het aantal rupturen plus episiotomieën, tezamen geteld, hoger is dan op het platteland. Naar het schijnt wordt nogal eens een episiotomie verricht in gevallen, waarbij geen ruptuur zou zijn opgetreden. Ondanks het soms opvallend grote verschil in verloskundig gedrag tussen stads- en plattelandsartsen, is het verschil in perinatale sterfte (*figuur 1n*) statistisch van geen betekenis.

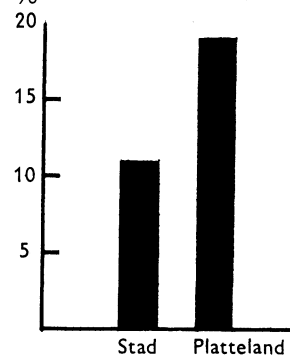
De invloed van de factor „leeftijd van de arts” lijkt wat minder uitgesproken dan die van de „woonplaats”. Zo werden geen duidelijke verschillen gevonden tussen jonge en oudere artsen met betrekking tot het zelf uitvoeren van een forcipale

*Figuur 1a-1n Enkele verloskundige aspecten naar woonplaats van de arts (stad/platteland)*

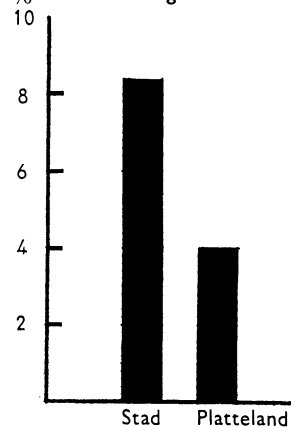
*Figuur 1a*  
Eerste prenatale onderzoek binnen 4 maanden



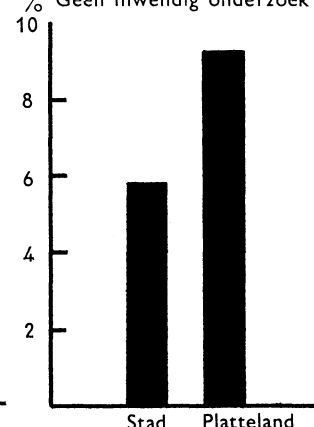
*Figuur 1b*  
% Rhesusfactor onbekend



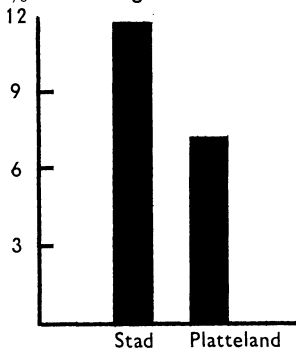
*Figuur 1c*  
Kunstmatig inleiden van de baring



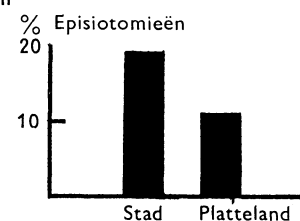
*Figuur 1d*  
% Geen inwendig onderzoek



*Figuur 1e*  
Kunstmatig breken van de vliezen bij minder dan 6 cm ontsluiting

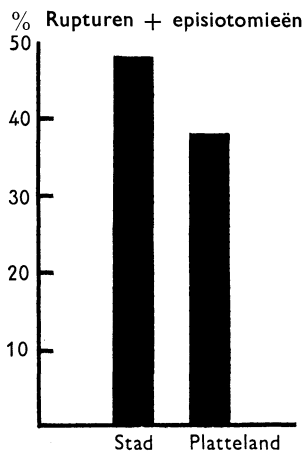


*Figuur 1f*  
% Episiotomieën

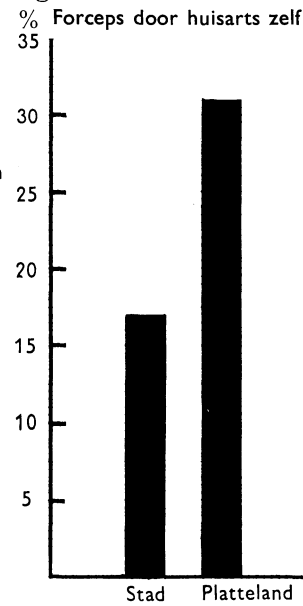


extractie, het toepassen van de handgreep van Credé en het percentage bevallingen zonder verloskundige hulp. Ook frequentie van keizersnede verschilde niet duidelijk in beide groepen. Wel bleek (*figuren 2a-2h*), dat jonge artsen vaker de bevalling kunstmatig inleiden, minder vaak het inwendig onderzoek nalaten, frequenter een episiotomie verrichten en vaker specialistisch consult in-

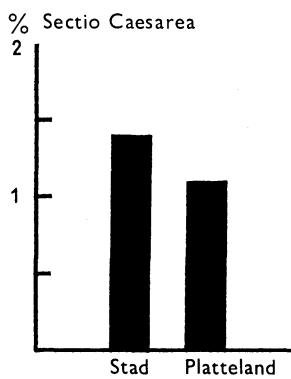
Figuur 1g



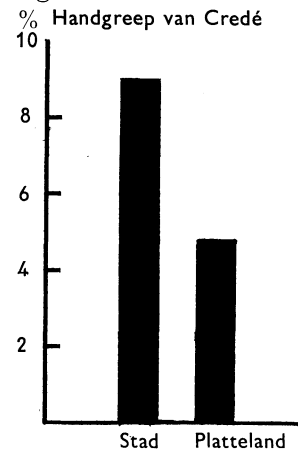
Figuur 1h



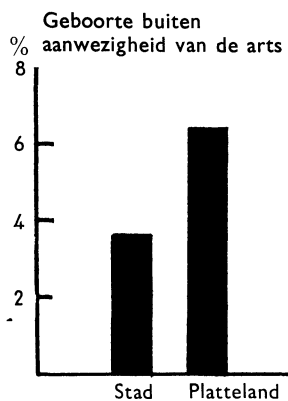
Figuur 1j



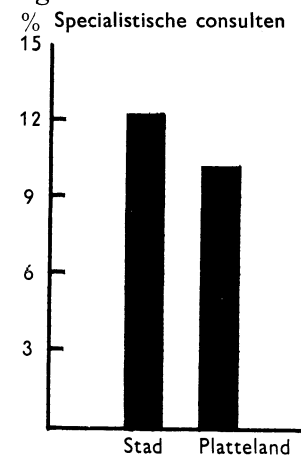
Figuur 1k



Figuur 1l



Figuur 1m



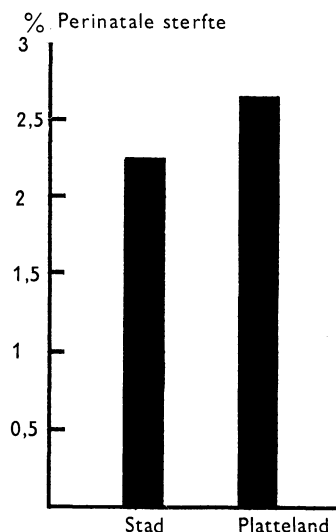
tot het vroeg kunstmatig breken van de vliezen en hij gebruikt wat vaker weëenbevorderende middelen. Statistisch aantoonbare verschillen in perinatale sterfte (figuur 2h) werden niet gevonden.

De factor „verloskundige praktijkgrootte” leverde minder spectaculaire verschillen op. Wij vonden geen duidelijke verschillen in de activiteit ten opzichte van het breken van de vliezen, geen verschillen in totale forcepsfrequentie en geen verschil in het eigenhandig hanteren van de forceps. Wel bleek (figuur 3a) dat artsen met een kleine verloskundige praktijk vaker de partus kunstmatig inleiden, minder vaak een partus buiten aanwezigheid van de arts hebben te registreren (figuur 3c) en, althans op het platteland, minder vaak het inwendige onderzoek achterwege laten. In de stad is merkwaardigerwijze het tegenovergestelde het geval (figuur 3b). In tabel 1 vindt men het geheel der uitkomsten nog eens schematisch weergegeven.

Bij cijfers van perinatale sterfte, die onderling zo weinig verschillen dat hieraan geen betekenis mag worden gehecht, zien wij tegelijkertijd tussen de groepen artsen vrij aanzienlijke verschillen in verloskundig handelen. De stadsarts is in verloskundig opzicht „actiever” dan de plattelandsarts, hij is intensiever met de partus bezig. Hetzelfde geldt voor de jonge arts in vergelijking tot de oudere en wellicht is de arts met een kleine verloskundige praktijk wat actiever in zijn verloskunde dan zijn collega met een grotere verloskundige praktijk.

De oudere, ervarener arts heeft naar het schijnt meer vertrouwen in de natuur. Hij leidt de partus minder vaak kunstmatig in, doet minder episiotomieën, roept minder vaak specialistische hulp in: hij treedt rustiger op. In het verleden heeft hij zo vaak moeilijkheden gevreesd, welke zich niet hebben voorgedaan, dat hij minder snel maatregelen neemt. Hierdoor dreigt misschien het gevaar, dat hij een enkele maal te veel vertrouwen in de

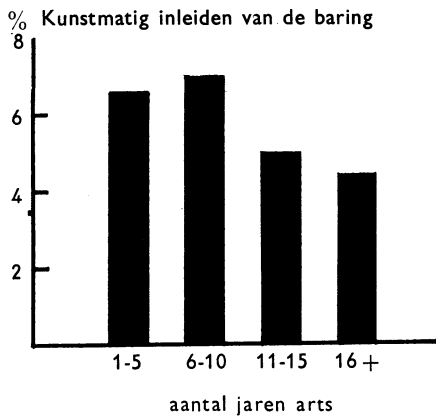
Figuur 1n



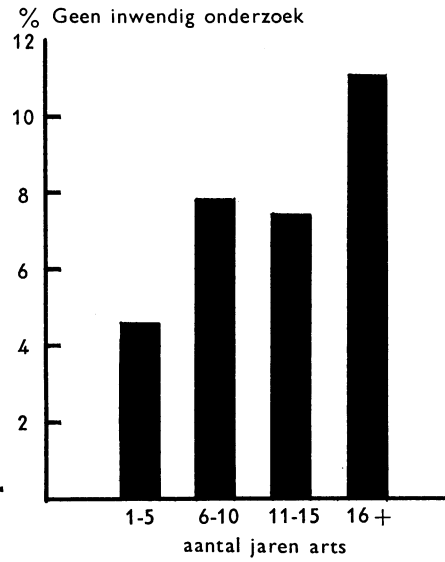
roepen. Ook hier geldt, dat een hoge episiotomie-frequentie gepaard gaat met een hoog percentage episiotomieën plus rupturen. De oudere arts daarentegen is minder terughoudend met betrekking

*Figuur 2a-2h Enkele verloskundige aspecten naar leeftijd van de arts (aantal jaren sinds afstuderen)*

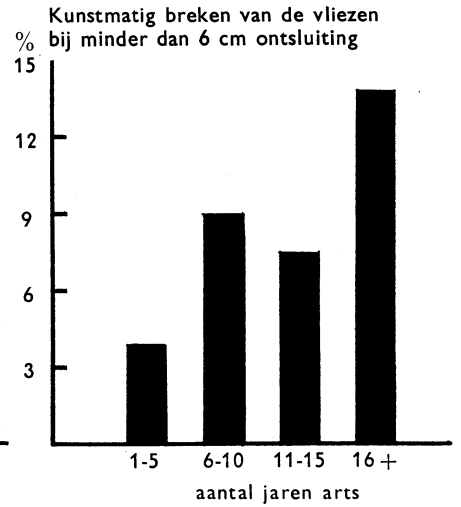
*Figuur 2a*



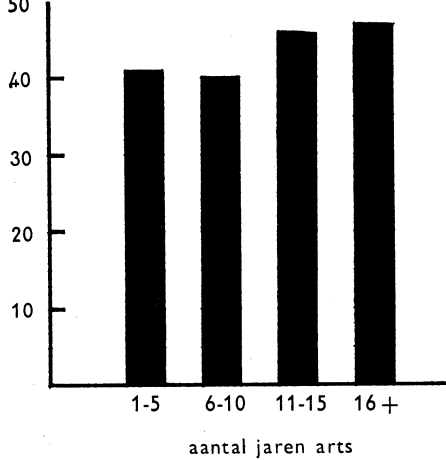
*Figuur 2b*



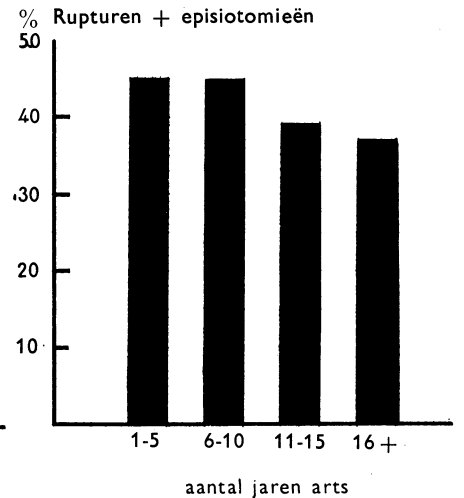
*Figuur 2c*



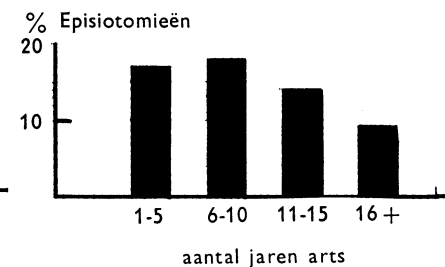
*Figuur 2d*



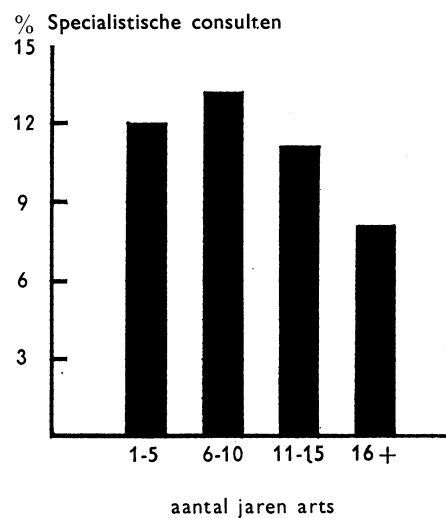
*Figuur 2f*



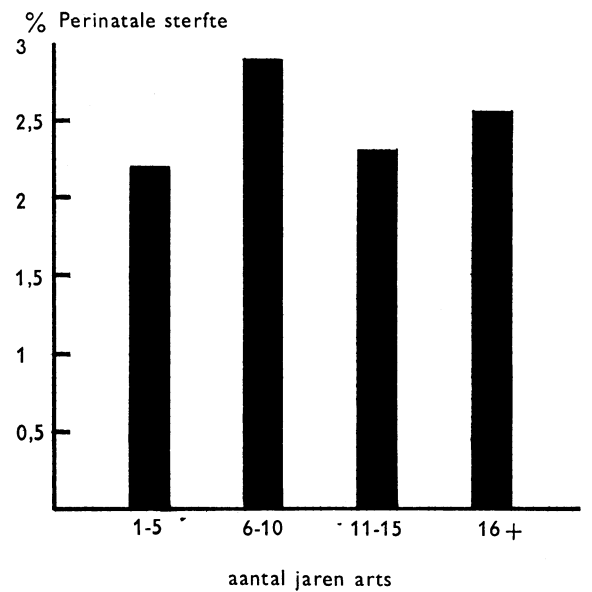
*Figuur 2e*



*Figuur 2g*

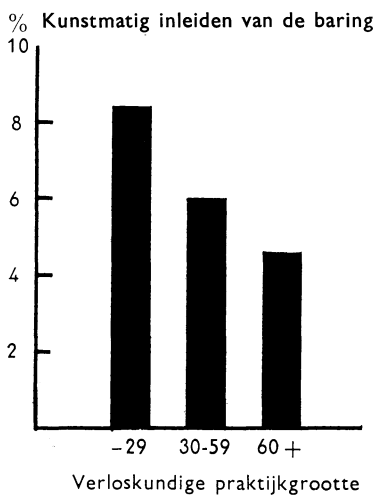


*Figuur 2h*

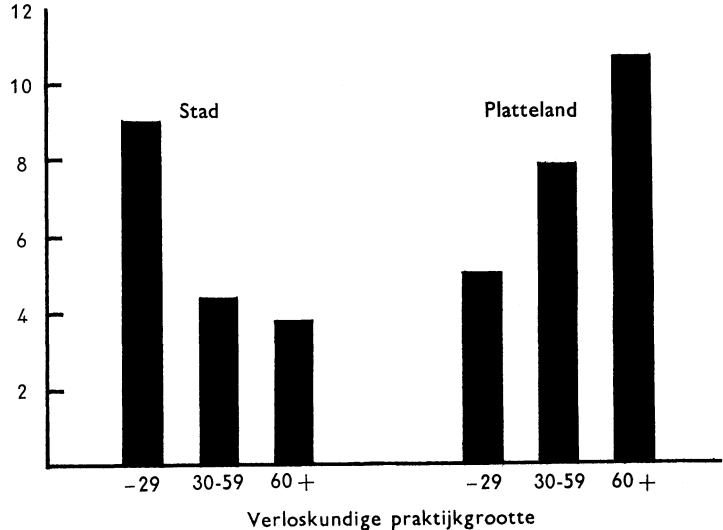


**Figuur 3a-3c Enkele verloskundige aspecten naar verloskundige praktijkgrootte**

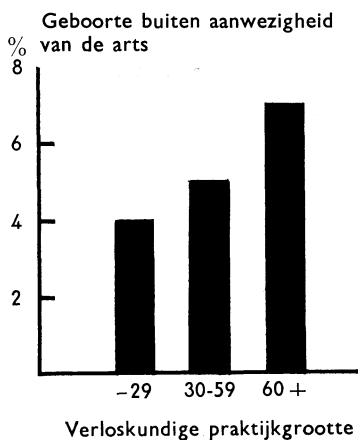
**Figuur 3a**



**Figuur 3b** % Geen inwendig onderzoek



**Figuur 3c**



goede afloop zal hebben. Zo durft de oudere arts in het algemeen de vliezen wat vroeger kunstmatig te breken, met alle gevaren van dien. Behalve de ervaring lijkt ook het leefmilieu, stad dan wel platteland, een rol te spelen. De plattelandsarts woont temidden van een bevolking, die rustiger van aard is dan de stadsbevolking en wellicht meer vertrouwen heeft in de natuur. Of heeft hijzelf het platteland als woonplaats gekozen, omdat zijn aard beter past bij die van de plattelandsbevolking?

*Samenvatting.* Het verloskundig gedragspatroon van de huisarts blijkt niet of nauwelijks te worden beïnvloed door de verloskundige school die hem opleidde, maar dit patroon blijkt samen te hangen met de woonplaats (stad of platteland), het aantal jaren, dat verliep sinds hij afstudeerde, en met de grootte van de verloskundige praktijk. Vooral stadsartsen en jonge artsen gedragen zich in verloskundig opzicht „actief”.

*Summary.* Differences in obstetric approach in general practice (chapter from the 1958 annual study of the Netherlands Society of General Practitioners). The obstetric attitude of the general practitioner proves hardly to be influenced by the school of obstetrics which trained him, but seems

*Tabel I. Verschillen in verloskundig gedragspatroon tussen artsen uit verschillende woonplaats, van verschillende leeftijd en met uiteenlopende verloskundige praktijkgrootte\*.*

	Grootste verloskundige „activiteit”		
	In stad of platteland	Bij jonge of oudere artsen	Bij kleine of grotere verloskundige praktijken
Eerste prenatale onderzoek	Stad	•	•
Onderzoek van de rhesusfactor	Stad	•	•
Kunstmatig inleiden	Stad	Jonge	Kleine
Inwendig onderzoek	Stad	Jonge	Onduidelijk
Kunstmatige vliesbreuk	Stad	Oudere	—
Weeënbevorderende middelen	—	Oudere	•
Episiotomieën	Stad	Jonge	•
Forcepsfrequentie	—	—	—
Percentage forceps door huisarts zelf	Platteland	—	—
Sectio Caesarea	Stad	—	•
Credé	Stad	—	•
Geboorte zonder verloskundige hulp	Stad	—	Kleine
Specialistisch consult	Stad	Jonge	•
Perinatale sterfte	—	—	•

\* — = geen aantoonbaar verschil  
• = niet onderzocht

to be determined by geography (urban or rural practice), the time lapsed since his graduation and the size of the obstetric practice. Urban and younger general practitioners in particular take an „active” view on obstetrics.